

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-567647

Couvert

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **Rab78**

Matricule : **Rab78** Société : **R.A.M**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **179775**

Nom & Prénom : **MAMRI Zoubida**

Date de naissance : **22/08/45** à **Rabat**

Adresse : **Rue 27 Jan Zoubkene apt 4 BORD**
Rabat Residence AKKASPH

Tél. : **0661223402** Total des frais engagés : **540,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE**

Cachet du médecin : **Dr. Samia Bernoussi**
INP : 101031136
ICE : 001639153000089

Date de consultation : **09/10/2023**

Nom et prénom du malade : **MAMRI Zoubida** Age : **78**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Gastrite**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Rabat** Le : **09/10/2023**

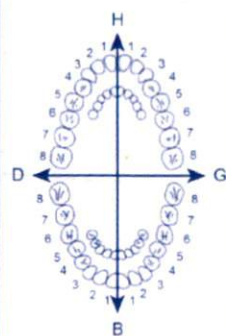
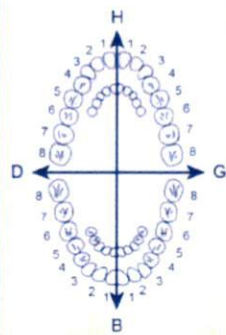
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/10/23	C2	3	300 MDS	INP : 101031136 CENTRE DE GASTRODENTÉROLOGIE Dr. Samia Belkhoussi

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	09/10/23
Montant de la Facture : 240.17	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ppr			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المركز الطبي لأمراض الجهاز الهضمي والكبد والشرح بأكدال

**CENTRE MEDICALE D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
ET DE PROCTOLOGIE DE L'AGDAL**

Dr. Samia BERNOUSSI

Hépto - Gastro - Entérologue - Proctologie

Ancienne attachée au service

de l'Hôpital

Toulouse

COOPER PHARMA

PPC : 59,00 DH

pois net / net weight : 3,9 g

الدكتورة سامية البرنوسي

أمراض الكبد والشرح و الجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب بتولوز

ملحقة سابقا بجناح التنضير

بمصححة رونكوي - تولوز

Rabat, le 12/03/2024

Rabat, le 09/10/23

8 Inexium 20 82,12
1 ep < m 1/2 H AUT repas
naviglo e
1 foli b 6 dem 99,00
DR ROUGIER
2 capsulette < m 59,00
240,12

SYNTHEMEDIC
32 rue Souhait Bruni et Souhait Roches
noires casablanca
INEXIUM Cg GR
20 mg
Boite 14
R4075DMP 21/ARQ P.P.V: 82,10DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue scabier bou al nouan rochet
noires casablanca
INEXTUM CxGR
20 mg
Boite 14
BAGN5DMP21NRQ P.P.V: 82.
8 118001 0205

CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE

~~Dr. Samia Bernoussi~~

INP : 101031136

PATENTE : 25736457 - IF : 3330767 - IC : 001639153000089 - CNSS : 2445105 - ICE : 001639153000089

46, شارع فرنسا - إقامة الأطلس (الطابق الأول) أكدال - الرباط - الهاتف : 05 37 77 76 13 /22 - (أمام طراموي - شارع فرنسا)
46, Av. de France - Résidence Atlas (1er étage) Agdal - Rabat - Tél : 05 37 77 76 13 /22 - (Station Tramway - Av de France)

E-mail : benber.cge@agdal.com